様式第１号（第10条関係）

穴水町介護支援専門員人材確保等推進事業助成金等交付申請書

年　　月　　日

穴　水　町　長　　宛

申請者　　　住　　所

氏　　名

生年月日

電話番号

下記のとおり助成金等の交付を受けたいので、穴水町介護支援専門員人材確保等推進事業実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　助成金等の区分 | １　介護支援専門員等資格取得助成金２　介護支援専門員等就職奨励金３　介護支援専門員就業継続支援金 |
| ２　交付申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ３　雇用事業所の所在地及び名称　＊ | 所在地　　名称　　電話番号　　 |
| ４　正規雇用年月日　＊ | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ５　穴水町若者ふるさと就職促進奨励金受給(予定)の有無 | 有　　・　　無 |
| 　穴水町介護支援専門員人材確保等推進事業実施要綱の規定を遵守し、助成金等の交付に必要な関係書類の記録を町長が調査確認することに同意します。　また、交付要綱第13条に該当することになったときは、速やかに報告いたします。申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |
| 　上記記載の申請者について、当事業所において上記の正規雇用年月日に雇用する(した)旨相違無いことを証明する。事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印　　 |
| ＜町確認欄＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係 |
|  |  |  |  |

　要件確認(要綱第４条・第５条・第６条・第７条)添付書類確認(要綱第10条)特記事項 | ＜町受付印＞ |